

¿PUEDE LA PANDEMIA DE COVID-19 SER UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA PARA NUESTRA ACTIVIDAD ASISTENCIAL, FORMATIVA Y DE INVESTIGACIÓN?

COULD THE COVID-19 PANDEMIC BE AN OPPORTUNITY FOR IMPROVEMENT OF OUR CARE, TRAINING AND RESEARCH ACTIVITIES?

Javier Escalada^{a,a,*} y Antonio Pérez^{b,1}

^a *Presidente de la SEEN. Departamento de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra. Centro de Investigación Biomédica en Red-Fisiopatología de la Obesidad y Nutrición (CIBEROBN). Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), Pamplona, España*

^b *Presidente de la SED. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, IIB Sant Pau, Universitat Autònoma de Barcelona. CIBER de Diabetes y Enfermedades Metabólicas Asociadas (CIBERDEM), Barcelona, España*

Recibido el 16 de diciembre de 2020; aceptado el 18 de diciembre de 2020

PALABRAS CLAVE

COVID-19;
telemedicina;
innovación;
atención médica;
formación médica;
investigación

Abreviaturas: SARS-CoV-2, coronavirus 2 del síndrome respiratorio agudo grave; COVID-19, enfermedad por coronavirus 2019; FEDE, Federación Española de Diabetes; SED, Sociedad Española de Diabetes; SEEN, Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.

* Autor para correspondencia. Servicio de Endocrinología y Nutrición. Clínica Universidad de Navarra, Avenida Pío XII, 36. 31008, Pamplona, España. Tel.: +34 948255400.

Correos electrónicos: fescalada@unav.es (J. Escalada), aperez@santpau.cat (A. Pérez).

¹ Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Sant Quintí, 89. 08041. Barcelona, España. Tel.: +34 935565661.

La pandemia de COVID-19 ha provocado una crisis sanitaria mundial que ha devastado los aspectos sociales, económicos y políticos de la vida diaria. En este editorial pretendemos comentar los cambios sustanciales derivados de la pandemia COVID-19 en la atención médica, la formación médica y la investigación en el entorno de la endocrinología y nutrición, y el valor de algunos de estos cambios profundos en un sector como es el de la salud y la universidad, donde el "como de costumbre" resulta difícil de modificar. Por la limitada literatura disponible, el comentario se basa esencialmente en documentación online y las experiencias de primera línea de los autores.

Desde el punto de vista de la asistencia médica en general y específicamente en endocrinología, de repente, vimos cómo la lucha contra la infección por SARS-CoV-2 se ha convertido en la prioridad del sistema de salud, y cómo la atención de las enfermedades crónicas como la diabetes, las dislipemias y la obesidad se interrumpió de forma parcial o completa. En una encuesta sobre el impacto de la Covid-19 en las personas con diabetes realizada por la Federación Española de Diabetes (FEDE) y la Sociedad Española de Diabetes (SED), el 46% de los 335 pacientes encuestados vio suspendida su visita y el 40% la realizaron de forma remota. Aunque aún no sabemos el alcance total

del impacto en las personas con enfermedades crónicas, sí sabemos que son más vulnerables a enfermar más gravemente por el virus y que muchos no pueden acceder a la atención que necesitan para controlar sus enfermedades. La parte positiva es que, a pesar de las dificultades, la respuesta de los sistemas de atención y especialmente de los profesionales sanitarios y de los pacientes, ha sido a la vez creativa y flexible en la búsqueda de soluciones “temporales”, de forma que de la noche a la mañana nos vimos utilizando herramientas de telemedicina ya disponibles, pero escasamente utilizadas. Este efecto disruptivo de la pandemia favoreció que las barreras para la utilización de estas herramientas cayeran rápidamente y también que la telemedicina se presente como la solución para garantizar la atención al paciente crónico en el futuro. Sin embargo, su utilización eficiente es actualmente limitada a pacientes con buena capacidad de manejo de la tecnología y atendidos en centros con profesionales con destreza en el uso de estas tecnologías, mientras que en la mayoría de los pacientes la asistencia remota se limita a la llamada telefónica. En la encuesta de la FEDE/SED, el 41% de los pacientes valoró la consulta remota poco o nada eficaz, y para el futuro el 57% se decanta por la alternancia de visitas presenciales y remotas. Así mismo, muchas de las herramientas se utilizaron de forma improvisada, sin estudios de coste-eficacia y sin realizar cambios en el modelo asistencial que faciliten su aplicación eficiente. Lógicamente, también hay aspectos que salen reforzados de esta situación.¹ En primer lugar, queda patente que la telemedicina es una amplia área de desarrollo, que, aunque no va a sustituir la consulta física, puede facilitar procesos, agilizar el sistema y aportar información de valor, tanto para los profesionales como para el paciente. En segundo lugar, que para que el sueño de la telemedicina pueda convertirse en realidad, la expansión de la adopción de la telemedicina impulsada por la crisis no es suficiente, y requiere el desarrollo y despliegue amplio de tecnologías de diagnóstico y tratamiento a distancia miniaturizadas y rentables, y establecer protocolos y mecanismos universales para transferir datos de variables de interés a las historias clínicas electrónicas en formatos estandarizados y fáciles de interpretar. Estas acciones son esenciales para que los profesionales dediquen más tiempo a la toma de decisiones y menos al registro de la información. Paralelamente, hay que formar las partes interesadas, proporcionar un reembolso adecuado por el uso de tecnologías digitales y generar evidencia sobre la utilización de diferentes estrategias de telemedicina. Si no se consideran estos aspectos, probablemente perderemos la oportunidad generada por la pandemia COVID-19 para conseguir el verdadero fin que es la transformación del modelo sanitario para dar respuesta a los retos que deberá afrontar el sistema para la atención de las personas con enfermedades crónicas.

Otro de los aspectos importantes de la repercusión que la infección por Cov-SARS-2 ha tenido en nuestra especialidad es el deterioro de la formación MIR. En una encuesta sobre la repercusión en la formación de los MIR de la especialidad realizada por la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN), alrededor del 60% de los encuestados sufrieron la suspensión de rotaciones, y sólo un 15% están seguros de poder recuperarla, las sesiones clínicas se han suspendido

por completo en el 30% de los casos, y el 73% considera que la pandemia por COVID ha afectado negativamente su futuro profesional. Ante estos datos, ¿qué deberíamos hacer de cara a futuro?. Creemos que, en primer lugar, reflexionar ante los mismos. Tenemos que ser conscientes de que la pandemia ha incidido especialmente en nuestros residentes, que han tenido que dejar de lado su formación como especialistas y han tenido que fajarse con una situación que, clínica y anímicamente, ha sido muy dura. Además también se ha visto alterado su bagaje curricular al afectar la publicación de artículos, envío de comunicaciones a congresos y desarrollo de tesis doctoral. Así que, además de sensibilizarnos ante ello, consideramos que tendríamos que hacer el mayor esfuerzo posible para recuperar esa formación “perdida”. Probablemente, haya que reformar el plan de formación inicial, aspecto en el que los tutores tienen un papel muy importante, promoviendo una mayor flexibilidad en los programas para recuperar las actividades de mayor valor y apoyar las intervenciones tecnológicas, como las visitas de telemedicina con los pacientes y la participación en reuniones virtuales, e incluso prolongar el periodo de residencia de los residentes de 4º año, especialmente en aquellos casos en los que la formación se haya visto interrumpida de una forma más prolongada (o que afecte a rotaciones clave que no se han podido recuperar). La pandemia también ha provocado la interrupción generalizada de la formación pregrado por la redistribución de los profesores a la atención clínica, las medidas de distanciamiento y el impacto de la enfermedad en los profesores y estudiantes de medicina. La tecnología se ha utilizado de forma rápida e innovadora en un intento por mantener la enseñanza y el aprendizaje y ofrece beneficios significativos, pero hay limitaciones importantes que deben abordarse si se quiere que el uso futuro y continuo de la tecnología en la educación médica sea efectivo y tenga un impacto positivo tanto en los profesores como en los estudiantes de medicina. Las actividades de formación continuada y las reuniones de las sociedades de la especialidad se han pospuesto o cancelado por completo o han migrado a eventos virtuales. Por su practicidad y rentabilidad, las actividades virtuales seguramente contribuirán a que en el futuro las reuniones médicas adopten un enfoque híbrido.

Respecto a la investigación, sabemos que las principales actividades de investigación que no están relacionadas con la COVID-19 se han reducido de manera significativa o se han suspendido por completo debido a las restricciones legales relacionadas con la COVID-19 o a los problemas logísticos, de personal u operativos.² El confinamiento total o parcial y los toques de queda han afectado a más de 4.500 millones de personas (aproximadamente el 58% de la población mundial de 2020 de 7.790 millones, estimada por Naciones Unidas)³ y casi 2.700 millones de trabajadores (que representan alrededor del 81% de la población activa mundial)⁴ en abril de 2020. Estas interrupciones, sin precedentes históricos, ponen de relieve el efecto igualmente incomparable sobre los estudios en curso en “no-COVID-19”. Hay numerosos ejemplos de la suspensión de estudios y ensayos clínicos iniciados y del no inicio de estudios previstos, priorizando los estudios de COVID-19,^{5,6} de manera similar a lo acontecido en nuestro entorno. Conscientes de ello, algunos patrocinadores y organismos reguladores han publicado pautas

sobre cómo se deben gestionar las perturbaciones relacionadas con la COVID-19 en la investigación clínica. Entre estas medidas, se encuentra la intensificación de las medidas de contención (control de reuniones, prohibición de viajar, cierres perimetrales, . . .), del bienestar de los pacientes reforzando su seguridad en las visitas y cubriendo económicamente las medidas de seguridad (mascarillas, pruebas diagnósticas, comunicación con el paciente, incluso visitas a domicilio en último caso), el seguimiento estrecho de los pacientes ya reclutados para evitar su pérdida que, en caso de ser alta, debería llevar a una reevaluación del método estadístico inicial, creación de planes de contingencia para asegurar el suministro de los tratamientos en estudio a los pacientes, comunicación de violaciones del protocolo en caso de ocurrir, etc. Por otra parte, los investigadores con proyectos FIS, por ejemplo, han visto interrumpido bruscamente su desarrollo (y finalización en muchos casos) durante varios meses. Los Institutos de Investigación de los hospitales han prohibido la asistencia a los centros hospitalarios de todo el personal no sanitario (becarios, investigadores, ayudantes de laboratorio) hasta después del verano y cuando lo han permitido, lo han hecho con estrictas medidas de control. Ello ha redundado de manera muy negativa en la recogida y procesamiento de muestras biológicas de pacientes y por supuesto en el análisis de las muestras. Algunos investigadores principales han tenido que pedir no solo una, sino dos prórrogas de 6 meses para poder concluir los procedimientos de laboratorio. Es evidente que, quienes tenemos labores de gestión, debemos apoyar la labor investigadora de nuestros equipos y sensibilizar a los organismos reguladores para facilitarla.

En resumen, los cambios en la asistencia, formación e investigación médica impuestos de manera tan abrupta por la pandemia COVID-19 deben ser evaluados para mantener

aquellos que son claramente positivos. Cuando la pandemia se resuelva, deberíamos monopolizar esta oportunidad única para transformar la forma en que realizamos la asistencia, la educación y la investigación médica, especialmente con la integración de la tecnología, para que resulte más eficiente y tenga un impacto positivo en la sociedad. Cualquier otra cosa sería una oportunidad perdida para la innovación en la atención del paciente, la educación en la salud y la investigación biomédica.

Bibliografía

1. Phillip M, Bergenstal RM, Close KL, Danne T, Garg S, Heinemann L, et al. The Digital/Virtual Diabetes Clinic: The Future Is Now-Recommendations from an International Panel on Diabetes Digital Technologies Introduction. *Diabetes Technol Ther*. 2020 Sep 28, <http://dx.doi.org/10.1089/dia.2020.0375>.
2. Singh JA, Bandewar SVS, Bukusi EA. The impact of the COVID-19 pandemic response on other health research. *Bull World Health Organ*. 2020;98:625–31.
3. Coronavirus: 4.5 billion people confined in their homes. ASEANPlus News. 2020 Apr 18. Available from: <https://www.thestar.com.my/news/regional/2020/04/18/coronavirus-45-billion-people-confined-in-their-homes> [cited 2020 Jun 29].
4. ILO Monitor: COVID-19 and the world of work. 2nd ed. Geneva: International Labour Organization; 2020. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@dgreports/@dcomm/documents/briefingnote/wcms_740877.pdf [cited 2020 Jul 1].
5. Cohen M, El-Sadr W. COVID-19 letter to Network. Durham: HIV Prevention Trials Network; 2020. Available from: <https://www.hptn.org/sites/default/files/inline-files/COVID-19%20letter%20to%20Network.pdf> [cited 2020 Jun 29].
6. Thornton J. Clinical trials suspended in UK to prioritise covid-19 studies and free up staff. *BMJ*. 2020;368:m1172, <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.m1172>, 03 23; PMID: 32205354.